

同年月日		令和 年 月 日					常務理事	事務長	担当者	標準報酬月額
支給 支払 決議書	支払額									千円
	支給 内訳	法定給付額					資格	取得	年 月 日	
								喪失	年 月 日	
	死亡日		平・令 年 月 日					備考		

健康保険 被保険者・家族

埋葬料（費）請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入	被保険者の記号・番号				フリガナ		
	記号	番号	被保険者(請求者)の 氏名と印		印		
	被保険者(請求者)の 現住所		〒 電話 ()				
	事業所の名称						
	死亡した年月日	平・令 年 月 日	死亡原因			第三者行為によるもの はい・いいえ	
	被扶養者の死亡の請求であるときはその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄		
	被保険者の死亡の請求であるときはその方の	被保険者 氏名	被保険者と 請求者との 身分関係				
	埋葬日 1	平・令 年 月 日	埋葬に要した 費用 2	円			

1と2は「埋葬費」の場合のみ、ご記入下さい。

在籍者は、事業所経由（給与加算）でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。

委 任 状	私は会社を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します	
	本人	住所 氏名 印
	代理人 会社	事業所住所 事業所名称 氏名 印

健保使用経過欄	
受付年月日	
受付番号	第 号
決定年月日	

被保険者が死亡したための請求の場合は、請求者の支払い口座をご記入下さい。
（請求者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です）

銀行	支店	普通	口座番号
信用金庫	出張所	当座	
			口座名義(加付)

事 業 主 が 証 明 す る 欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者 被扶養者	死亡した日	平・令 年 月 日死亡
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	令和 年 月 日				
	事業主 住所 事業所名称・氏名 印 電話番号				